

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: DESCOMPRESIÓN ORBITARIA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La oftalmopatía tiroidea tiene múltiples manifestaciones ya que puede afectar a varias estructuras como los párpados, los músculos extraoculares, la grasa orbitaria y palpebral (párpados), la conjuntiva... produciendo múltiples síntomas como visión doble (diplopía), retracción palpebral, edema palpebral (inflamación de los párpados) y exoftalmos (ojo saltón). Cada uno de estos síntomas tiene un tratamiento propio. Cuando se inflama la grasa orbitaria, ésta se edematiza y aumenta de tamaño. Como esta grasa se encuentra por detrás del globo ocular, puede provocar un rechazo del globo ocular hacia delante, dando la impresión de un ojo excesivamente saltón que es lo que se denomina exoftalmos. Cuando este exoftalmos es reciente puede responder a tratamientos alternativos como la corticoterapia o la radioterapia. Si no responde a estos tratamientos o es de larga evolución, el tratamiento deberá de ser quirúrgico.

La descompresión orbitaria (intervención a la que usted va a someterse) es necesaria cuando exista un exoftalmos inaceptable estéticamente, signos de neuropatía óptica o de queratopatía por exposición.

CÓMO SE REALIZA

La técnica quirúrgica consiste en la realización de fracturas controladas en una o más de las paredes orbitarias (zonas que rodean al ojo) con el fin de que la grasa hipertrofiada e inflamada pueda expandirse hacia los senos paranasales (de la nariz) que rodean a la órbita. En la pared lateral no existe seno paranasal por lo que se realiza un adelgazamiento de dicho hueso para que la grasa tenga más espacio para su expansión.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente.

Molestias leves y enrojecimiento ocular el día de la intervención.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Si todas las estructuras oculares están sanas, tras la descompresión orbitaria, el ojo recuperará la posición correcta, lo que conlleva una disminución del riesgo de complicaciones secundarias a la enfermedad orbitaria.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Inflamación y dolor ocular controlable con tratamiento médico.

Hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas.

Edema (inflamación) de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente,

Cicatriz, depende de la capacidad de cicatrización que usted tenga y de la localización y tamaño de la lesión.

• LOS MÁS GRAVES:

Infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos

Hematoma orbitario, se produce por sangrado de algún vaso orbitario durante la cirugía. Si es de pequeña intensidad, no precisa medidas importantes, pero si es grave precisa reintervención y drenaje del hematoma, porque puede provocar compresión del nervio óptico y pérdida de la visión, a veces irre recuperable.

Visión doble (diplopia), puede producirse por lesión de los músculos que mueven el ojo. Puede ser pasajera o permanente. En este caso, puede requerir una intervención de estrabismo (de los músculos del ojo).

Pérdida de agudeza visual, puede producirse por sangrado orbitario o por lesión de pequeños vasos (arterias ciliares) en la porción posterior del globo ocular.

Hipocorrección del exoftalmos, se debe a que no hemos descomprimido lo suficiente las paredes y según el grado, puede precisar reintervención, hipercorrección del exoftalmos, también puede producirse una descompresión excesiva que requerirá reintervención

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....